

## ANMÄLAN AV SKADAT, STULET ELLER BORTTAPPAT HJÄLPMEDEL

Datum:

Hjälpmedlet är:  Skadat  Stulet  Borttappat

UPPGIFTER OM HJÄLPMEDLET	
Modell	
Registreringsnummer (MAH:s)	

UPPGIFTER OM PATIENTEN	
Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon till bostad	Ev. övrigt telefonnummer

- Polisanmälan bifogas  
 Diagnosrelaterad händelse?

Beskrivning:

BESKRIVNING AV HÄNDELSEFÖRLOPPET

UPPGIFTSLÄMNARE	
Namn	Telefon
<input type="checkbox"/> Förskrivare <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Övrig, ange vad:	

MAH:S ANTECKNINGAR:		
Handläggare:		
Anteckning S2:	Aktivitetstyp:	
Restvärde:	Inköpsvärde:	
Åtgärd: kassation <input type="checkbox"/>	reparation <input type="checkbox"/>	utredning <input type="checkbox"/>
Reservdelskostnad:		
Faktureras HSF <input type="checkbox"/>	Ärendet avslutat <input type="checkbox"/>	Datum: